



Associação
Portuguesa
de Urologia

UROLOGIA

EM MEDICINA FAMILIAR

HBP

Sintomas e impacto
na qualidade de vida

Júlio Fidalgo Fonseca

Artur Sabugueiro Palmas



HBP

Sintomas e impacto na qualidade de vida

Júlio Fidalgo Fonseca

Assistente Hospitalar Graduado – S. Urologia – H. Prof. Fernando Fonseca E.P.E.

Artur Sabugueiro Palmas

Interno de Especialidade de Urologia – H. Prof. Fernando Fonseca E.P.E.

Introdução:

A próstata é um pequeno órgão situado logo abaixo da bexiga, em forma de uma castanha portuguesa, atravessada pela uretra. Só os homens possuem próstata e o seu desenvolvimento é estimulado pela testosterona, a hormona sexual masculina segregada pelas células de Leydig dos testículos. A próstata é um órgão glandular que segrega um fluido que, juntamente com a secreção das vesículas seminais e os espermatozóides produzidos nos testículos, vai formar o sémen ou esperma. Sem as secreções produzidas pela próstata, os espermatozóides não viveriam até atingir o óvulo no momento da fecundação. Além de conferir protecção, contém nutrientes para o espermatozóide, na sua longa caminhada ao encontro do óvulo.

Para que serve a próstata?

A próstata tem um papel importante no acto de urinar e também no acto sexual. Tem uma função de controlo do fluxo do jacto urinário durante a micção, para além de fechar

a saída da urina durante a ejaculação e assim evitar que a urina se misture com o esperma. A próstata é uma glândula que produz cerca de um terço do líquido que sai na ejaculação. Esse líquido, que dá o aspecto esbranquiçado ao esperma, serve como veículo e nutriente para auxiliar os espermatozóides na sua progressão.

O que é a HBP?

A HBP (Hiperplasia Benigna da Próstata) é uma doença que se caracteriza pelo aumento do tamanho deste órgão. Este aumento está relacionado com a idade, e com a produção de testosterona (dihidrotestosterona). Parece paradoxal, porque se sabe que com a andropausa há diminuição de produção de testosterona e contudo é por aquela altura da vida que se desenvolvem mais acentuadamente os sintomas associados a esta patologia. Admite-se que aqui os estrogénios através de um processo de aromatização, têm um papel preponderante. Na verdade é difícil definir HBP, visto que engloba vários conceitos: um conceito anatomopatológico (hiperplasia celular epitelial e do estroma)

que surge na zona periuretral da próstata (anatomia zonal de McNeal); um conceito clínico, representado pelos múltiplos sintomas adiante referidos e um conceito urodinâmico que tenta explicar a obstrução infravesical causada pelo aumento volumétrico observado.¹

Incidência e Prevalência

A hiperplasia benigna da Próstata (HBP) é uma das condições patológicas mais frequentes em homens acima dos 50 anos e a sua prevalência aumenta progressivamente com a idade.¹ Também se verifica uma maior tendência para a progressão nas próstatas maiores que 30 cc e se o PSA desses doentes for superior a 1,5 ng/ml. Pode causar um importante impacto na saúde e na qualidade de vida dos doentes e constitui-se na segunda maior indicação de cirurgia nesta população.² Por ser uma doença progressiva causa importante morbilidade, perda da qualidade de vida e elevados custos socioeconómicos.

A HBP clínica representa as manifestações sintomáticas da HBP anatomopatológica, causando obstrução infravesical, através de mecanismos estáticos e/ou dinâmicos. Este conjunto de sintomas, antigamente conhecido por “prostatismo”, é actualmente designado por “sintomas do tracto urinário inferior” (STUI) – “Lower Urinary Tract Symptoms” (LUTS). Esta designação foi introduzida em 1994 por ser muito mais abrangente e inclui os sintomas de enchimento / armazenamento vesical, como frequência, urgência, urge-incontinência e noctúria (anteriormente denominados irritativos) e os sintomas de esvaziamento vesical, como hesitação, jacto fraco, gotejamento terminal e necessidade de fazer força para urinar (classicamente denominados sintomas obstrutivos).³

Convém referir que embora a HBP seja uma doença do homem, os LUTS ocorrem com igual prevalência em ambos os sexos e agravam-se com a idade. Os sintomas de esvaziamento são os mais prevalentes, mas os de armazenamento são os que mais incomodam os doentes.⁴

Apresentação clínica

Clinicamente, a HBP é caracterizada pela interacção de 3 factores: aumento do volume prostático, obstrução infravesical e sintomas. Estes factores podem existir isoladamente ou sobrepostos. Apesar da severidade dos sintomas ser o factor que mais frequentemente leva o doente a procurar assistência médica, o grau de obstrução infravesical constitui-se no maior factor de risco para o tracto urinário superior ou para a própria função de reservatório da bexiga.⁵

A avaliação urodinâmica de pacientes com prostatismo contribuiu significativamente para melhorar os nossos conhecimentos sobre a fisiopatologia da HBP e da obstrução infravesical. Até recentemente, acreditava-se que os sintomas miccionais dos doentes portadores de HBP decorriam apenas da obstrução infravesical causada pelo aumento prostático e, para muitos, HPB e obstrução infravesical são sinónimos. Entretanto, diversos autores demonstraram que apenas 50 a 75% dos homens com diagnóstico clínico de HBP apresentam obstrução infravesical e que a causa dos sintomas em homens com LUTS é multifactorial, compreendendo 4 condições: 1) – Obstrução da uretra prostática; 2) – Falência da contractilidade do detrusor; 3) – Instabilidade vesical; 4) – Urgência sensorial.^{6,7}

A melhor maneira de avaliar os sintomas causados pela HBP, já descritos anteriormente, é através de tabelas validadas. Existindo vários instrumentos de trabalho, que avaliam a severidade dos sintomas, o incómodo causado por estes e o impacto na qualidade de vida.

O IPSS (International Prostate Symptom Score) é o método standard mais utilizado em todo o mundo (Quadro 1). Através da soma da pontuação obtida nas suas questões, é gerado um valor que reflecte a globalidade da sintomatologia do doente no mês anterior. Várias questões se levantaram sobre a correlação entre o IPSS e os achados urodinâmicos, mas a verdade é que avaliam aspectos diferentes, pois o IPSS apenas avalia a gravidade dos sin-

Quadro 1 – IPSS – Score Internacional de Sintomas Prostáticos

	Nenhuma	Menos de 1 vez em 5	Menos de 1/2 das vezes	Metade das vezes	Mais de 1/2 das vezes	Quase sempre
1. Esvaziamento incompleto No último mês, quantas vezes ficou com a sensação de não esvaziar completamente a bexiga?	0	1	2	3	4	5
2. Frequência No último mês, quantas vezes teve de urinar novamente menos de 2 horas após ter urinado?	0	1	2	3	4	5
3. Intermitência No último mês, quantas vezes observou que, ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	0	1	2	3	4	5
4. Urgência No último mês, quantas vezes observou que foi difícil conter a urina?	0	1	2	3	4	5
5. Enfraquecimento do jacto No último mês, quantas vezes observou que o jacto urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5
6. Forçar a micção No último mês, quantas vezes teve de fazer força para começar a urinar?	0	1	2	3	4	5
7. Noctúria No último mês, quantas vezes em média teve de se levantar à noite para urinar?	0	1	2	3	4	5
Total de Sintomas						

8.Qualidade de Vida Se tivesse que passar o resto dos seus dias com esse padrão miccional como se sentiria?	0 Muito satisfeito	1 Satisfeito	2 Pouco Satisfeito	3 Confuso	4 Insatisfeito	5 Infeliz	6 Muito infeliz
---	-----------------------	-----------------	-----------------------	--------------	-------------------	--------------	--------------------

tomas, podendo ser utilizado na monitorização dos sintomas ao longo do tempo e a resposta à terapêutica.

O impacto dos sintomas urinários na qualidade de vida normalmente é abordado através da questão 8 do IPSS. No entanto esta questão avalia a tolerância do doente aos sintomas, não reflectindo todo o impacto causado por estes na qualidade de vida. Existem vários instru-

mentos para avaliar a qualidade de vida, sendo o mais utilizado o Medical Outcomes Study. Através da sua aplicação em vários estudos, verificou-se que entre 30 a 49% dos doentes com sintomas moderados a graves, referem interferência nas suas actividades do dia-a-dia. O agravamento da intensidade dos sintomas está associado a uma condição física débil, a perda da vitalidade, deterioração da saúde mental e

da percepção do estado de saúde global. Assim o aumento do incómodo causado pelos sintomas está associado a uma degradação da qualidade de vida.

Terapêutica

A intensidade dos sintomas nem sempre se correlaciona com o impacto que estes têm na qualidade de vida, sendo a natureza incomodativa dos mesmos o que leva o doente a procurar e por vezes o médico a propor tratamento. As opções de tratamento dos LUTS/HBP incluem: a observação expectante, classicamente designada por *watchful waiting*, a

terapêutica farmacológica e a intervenção cirúrgica⁸ (quadro 2).

A escolha do tratamento deve ser feita em conjunto com o doente, adaptada de acordo com as suas queixas, com a fase de evolução da HBP e com as suas preferências pessoais. Tem por objectivo o alívio dos sintomas, a prevenção das complicações, reduzindo a morbilidade e a promoção de resultados prolongados. A maioria destes doentes apresenta uma esperança média de vida entre os 15 e os 20 anos, pelo que temos que ter em conta não só os resultados a curto prazo, como também a durabilidade dos mesmos. Não nos podemos esquecer da eficácia, da rapidez da acção e

Quadro 2 – Opções de tratamento de LUTS/HBP

Espera Vigilante

Tratamento farmacológico

Fitoterapia

Serenoa repens 320 mg id

Bloqueantes alfa adrenérgicos

Bloqueantes alfa 1 (não selectivos)

Terazosina 5 mg id

Alfazozina 10 mg id

Doxazosina 4-8 mg id

Bloqueantes alfa 1a-d (selectivos)

Tansulosina 0,4 mg id

Inibidores 5-alfa reductase

Isoenzima tipo 2

Finasteride 5 mg id

Isoenzima tipo 1 e 2

Duasteride 0,5 mg id

Tratamento Interventivo

Prostatectomia aberta

Ressecção transuretral próstata (RTU-P)

Incisão transuretral de próstata (ITU-P)

Tratamento minimamente invasivo e alternativo

Termoterapia transuretral

Electrovaporização prostática transuretral / Ressecção prostática Bipolar

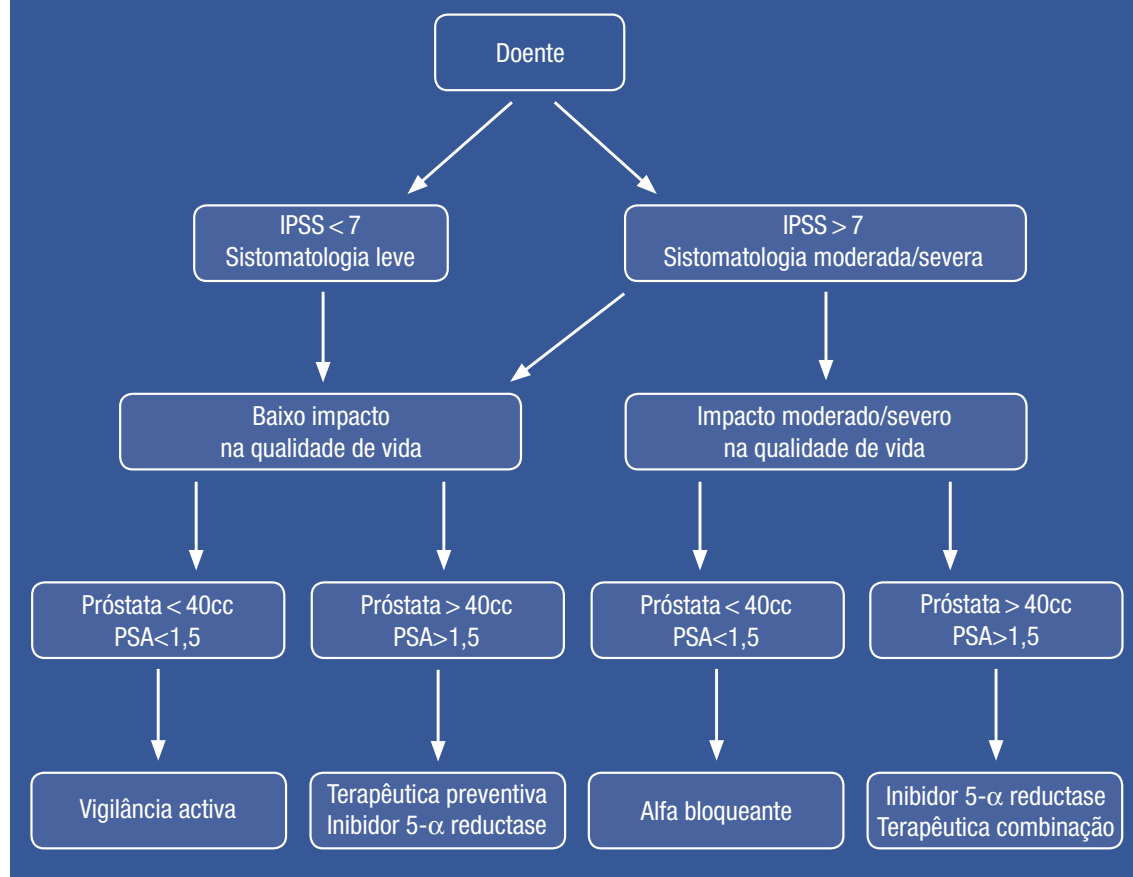
Vaporização prostática /Enucleação prostática com Laser

Tratamento de Recurso

Algaliação permanente

Dispositivo urinário / Stents

Quadro 3 – Organigrama de terapêutica ajustada



da tolerabilidade de cada opção terapêutica (Quadro 3).

O *watchful waiting* (WW) deve ser recomendado a doentes com sintomas ligeiros ou moderados, mas sem impacto significativo na sua qualidade de vida. Existem ainda os doentes sintomáticos que querem evitar os efeitos adversos e os custos dos medicamentos ou os riscos de uma cirurgia. Ao escolher-se esta modalidade terapêutica, deve fazer-se uma selecção criteriosa dos doentes, de forma a excluir a existência de complicações prévias. Por ser uma patologia progressiva, poderá evoluir para a retenção urinária aguda ou complicar-se com insuficiência renal e litíase.^{9,10} Sabemos que aproximadamente 85% dos doentes se en-

contrarão estáveis ao fim de 1 ano de WW, deteriorando-se progressivamente para 65% aos 5 anos.¹¹ A razão pela qual alguns doentes agravam as suas queixas WW e outros não ainda não está totalmente esclarecida. Um agravamento do incómodo provocado pelos sintomas e o aumento do volume do resíduo pós miccional parecem ser os indicadores mais fortes de falha terapêutica. Para a obtenção de melhores resultados através desta opção, existem recomendações e monitorização clínica periódica que sugerem a educação e a modificação do estilo de vida, evitando a ingestão nocturna de líquidos, a redução do uso de substâncias como a cafeína e o álcool, que possuem efeito diurético e irritativo na bexiga.

Nos últimos anos o tratamento farmacológico tornou-se a primeira escolha no tratamento sintomático da HBP, mostrando ser eficaz na melhoria sintomática a curto prazo (Qmax e escala de sintomas). As duas principais classes farmacológicas utilizadas são os bloqueadores dos receptores α_1 -adrenérgicos e os inibidores da 5 α -redutase (ARI's).

Os bloqueadores dos receptores α_1 -adrenérgicos actuam no componente dinâmico, caracterizando-se por um rápido início de acção, com melhoria clínica ao fim de 5 dias, o que os torna a terapêutica de primeira linha na maioria dos doentes com sintomas moderados a graves. Estes podem ser não-uroselectivos (α_1) (i.e. alfuzosina, terazosina e doxazosina) ou uroselectivos (α_{1A}) (i.e. tansulosina). Os α -bloqueantes são responsáveis por uma melhoria consistente quer a nível sintomático, quer a nível urodinâmico (Qmax), em 60 a 70% dos doentes.¹² Apesar dos diferentes α -bloqueantes serem equivalentes em termos de eficácia^{13,14,15}, eles diferem em termos de tolerabilidade. A tansulosina apresenta o menor risco de hipotensão ortostática.¹⁶

Os inibidores da 5 α -redutase (i.e. finasteride, dutasteride) inibem a conversão da testosterona em dihidrotestosterona (DHT), reduzindo o volume prostático, actuando no componente mecânico da HBP¹⁷. Diversos estudos demonstraram que os inibidores da 5 α -redutase melhoram a sintomatologia, fluxo urinário, risco de retenção urinária aguda e de intervenção cirúrgica. Contudo estas acções levam vários meses a estabelecerem-se. Estes inibidores são uma opção de tratamento para doentes com sintomas moderados a severos e uma próstata de volume aumentado (> 30-40 ml). Devemos ter presente que estes inibidores reduzem o doseamento sérico de PSA em 50%, podendo camuflar a presença de carcinoma prostático. Ambas as opções terapêuticas reduzem o volume prostático (20 a 30%) em cerca de 30 a 50% dos doentes tratados.¹⁸

A terapêutica de associação de um α -bloqueante com um inibidor 5 α -reductase

mostrou-se benéfica em doentes com próstatas > 40 cc na redução dos sintomas, e na melhoria urodinâmica, comparativamente a qualquer um dos agentes terapêuticos isolados em monoterapia.¹⁹ A terapêutica de associação revelou ainda benefícios na diminuição do risco de progressão clínica da HBP, ocorrência de retenção urinária aguda e necessidade de intervenção cirúrgica num follow up com 4,5 anos. Devemos manter presentes as implicações da utilização de um inibidor 5 α -reductase no doseamento sérico do PSA e no rastreio do carcinoma da próstata.

A utilização da fitoterapia no tratamento dos LUTS e da HBP é controversa, embora seja usada em alguns países Francófonos. Estes agentes são compostos de extractos de plantas,²⁰ e o seu mecanismo de acção não é totalmente conhecido, razão pela qual não são recomendados nas "guidelines" das associações de urologia internacionais.

Existem actualmente vários estudos que revelam uma potencial associação entre LUTS e disfunção erétil do ponto de vista epidemiológico e de mecanismo de acção. Esses estudos demonstram uma eficácia clínica na utilização dos inibidores da 5-fosfodiesterase (i.e. sildenafil, vardenafil, tadalafil) em ambas as patologias,²¹ revelando uma melhoria sintomática com diminuição do IPSS, mas sem alteração urodinâmica (Qmax). A associação de inibidores com os agentes terapêuticos tradicionais da HBP, aguarda futuros estudos, devido ao potencial efeito aditivo. Sendo assim, neste momento é experimental esta terapêutica.

Constituem indicação formal para a terapêutica cirúrgica, as seguintes complicações da HBP: retenção urinária, insuficiência renal obstrutiva, hematúria, infecção urinária recorrente, litíase vesical e presença de divertículo. Em qualquer uma destas situações, o doente deve ser referenciado para uma consulta de Urologia, a fim de ser avaliada a eventual indicação cirúrgica.

Existe uma grande variedade de opções terapêuticas do ponto de vista cirúrgico, seja

a clássica prostatectomia “aberta”, a cirurgia endoscópica e os procedimentos minimamente invasivos.

Muitos doentes têm sido submetidos a cirurgia prostática sem uma avaliação rigorosa da sua condição, gerando um contingente não desprezível de pacientes com maus resultados cirúrgicos.²² Além disto, o advento de métodos terapêuticos conservadores ou minimamente invasivos tem tornado a indicação da prostatectomia mais elaborada, aumentando a importância da avaliação clínica e urodinâmica no processo de decisão terapêutica. Mais do que isto, o desenvolvimento destas alternativas terapêuticas não cirúrgicas para o tratamento da HBP gerou um importante contingente de doentes com obstrução infravesical que permanecem urodinamicamente obstruídos por períodos prolongados. As consequências desta obstrução a longo prazo ainda não foram adequadamente apreciadas.^{23,24}

A maioria destas questões não pode ser respondida adequadamente devido à escassez de dados sobre a história natural da HPB não tratada e, especialmente, da obstrução urodinâmica não tratada.²⁵ Além disso, a falta de correlação entre sintomas, idade dos doentes, tamanho da próstata, fluxo urinário, volume residual pós miccional e pressão do detrusor vesical durante a micção dificultam a realização de estudos desta natureza.

A alta prevalência da HBP, a heterogeneidade de condutas diagnósticas e terapêuticas entre os urologistas, o crescente número de alternativas terapêuticas e os elevados custos envolvidos no tratamento de doentes com esta patologia têm promovido o desenvolvimento de normas de consenso sobre a avaliação e tratamento da HBP.

Referências

- ¹ Mota, A; Nunes P: Hipertrofia benigna da próstata: orientação terapêutica. *Geriatrics* Julho.Agosto 2007 Volume 3, Nº 16 – Pag 66 a 78
- ² Girman CJ, Jacobsen SJ, Tsukamoto T, Richard F, Garraway WM, Sagnier PP, Guess HA, Rhodes T, Boyle P, Lieber MM: Health-related quality of life associated with lower urinary tract symptoms in four countries. *Urology*, 51: 428-436, 1998
- ³ Abrams P. New words for old: lower urinary tract symptoms for “prostatism”. *BMJ* 1994;308:929–30.
- ⁴ Christopher R. Chapple, Alan J. Wein, Paul Abrams, Roger R. Dmochowski, François Giuliano, Steven A. Kaplan, Kevin T. McVary, Claus G. Roehrborn Lower Urinary Tract Symptoms Revisited: A Broader Clinical Perspective *European urology* 54 (2 0 0 8) 563–569
- ⁵ Netto NRJ, de Lima ML, Netto MR, D’Ancona CA: Evaluation of patients with bladder outlet obstruction and mild international prostate symptom score followed up by watchful waiting. *Urology*, 53: 314-316, 1999
- ⁶ McGuire EJ, Cespedes RD, O’Connell HE: Leak-point pressures. *Urol Clin North Am*, 23: 253-262, 1996
- ⁷ Blaivas JG: Pathophysiology and differential diagnosis of benign prostatic hypertrophy. *Urology*, 32: 5-11, 1988
- ⁸ Marberger M, Harkaway R, de la Rosette J. Optimising the medical management of benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol* 2004; 45: 411-9
- ⁹ Ball AJ, Feneley RC, Abrams PH. The natural history of untreated “prostatism”. *Br J Urol* 1981;53:613-6
- ¹⁰ Madersbacher S, Klingler HC, Djavan B, Stulnig T, Schatzl G, Schmidbauer CP, Marberger M: Is obstruction predictable by clinical evaluation in patients with lower urinary tract symptoms? *Br J Urol*, 80: 72-77, 1997
- ¹¹ Netto NR, de Lima ML, Netto MR, D’Ancona CA. Evaluation of patients with bladder outlet obstruction and mild international prostate symptom followed up by watchful waiting. *Urol* 1999;53
- ¹² Kirby RS. Clinical pharmacology of alpha 1-blockers. *Eur Urol* 1999; 36:48-53
- ¹³ Berges R, Hofner K. Drug therapy for benign

- prostatic hyperplasia. A systematic overview. *Urologe* 2005; 44: 505-12
- ¹⁴ Buzelin JM, Fonteyne E, Kontturi M, Witjes WP, Khan A. The European Tamsulosin Study Group. Comparison of tamsulosin with alfuzosin in the treatment of patients with lower urinary tract symptoms suggestive of bladder outlet obstruction (symptomatic benign prostatic hyperplasia). *Br J Urol* 1997; 80:597-605
 - ¹⁵ Lee E, Lee C. Clinical comparison of selective alpha 1A-adrenoreceptor antagonists in benign prostatic hyperplasia: studies on tamsulosin in a fixed dose and terazosin in increasing doses. *Br J Urol* 1997; 80:606-11
 - ¹⁶ Tsuiji T, BPH Medical Therapy Study Group. Comparison of prazosin, terazosin and tamsulosin in the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia: a short-term open, randomized multicenter study. *Benign prostatic hyperplasia. Int J Urol* 2000;7:199-205
 - ¹⁷ Debruyne F, Barkin J, van Erps P, Reis M, Tammela TLJ, Roehrborn C. On behalf of the ARIA3001, ARIA3002, ARIA 3003 Study Investigators. Efficacy and safety of long-term treatment with the dual 5 α -reductase inhibitor dutasteride in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol* 2004;46:488-95
 - ¹⁸ Anderson JT. Alpha 1-blockers vs 5 alpha-reductase inhibitors in benign prostatic hyperplasia. A comparative review. *Drugs Aging* 1995; 6:388-96
 - ¹⁹ Barkin J, Guimarães M, Pushkar D, Taylor S, van Vierssen Trip OB. On behalf of the SMART-1 Investigator Group. Alpha-blocker therapy can be withdrawn in the majority of men following initial combination therapy with the dual 5 α -reductase inhibitor dutasteride. *Eur Urol* 2003;44:461-6
 - ²⁰ Lowe FC. Phytotherapy in the management of benign prostatic hyperplasia. *Urology* 2001;58:71-3
 - ²¹ Kohler TS, McVary KT. The relationship between erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms and the role of phosphodiesterase type 5 inhibitors. *Eur Urol* 2009;55:38-48
 - ²² Rodrigues P, Lucon AM, Freire GC, Arap S: Urodynamic pressure flow studies can predict the clinical outcome after transurethral prostatic resection. *J Urol*, 165: 499-502, 2001
 - ²³ Kirby RS. The natural history of benign prostatic hyperplasia: what have we learned in the last decade? *Urology* 2000; 56:3-6
 - ²⁴ Arrighi HM, Metter EJ, Guess HA, Fozzard JL: Natural history of benign prostatic hyperplasia and risk of prostatectomy. The Baltimore longitudinal study of aging. *Urology*, 38: 4-8, 1991
 - ²⁵ Abrams PH: Prostatism and prostatectomy: the value of urine flow rate measurement in the preoperative assessment for operation. *J Urol*, 117: 70-71, 1977.

Correspondência: Júlio Fidalgo Fonseca.

Hospital Fernando Fonseca E.P.E. Serviço de Urologia

E-mail: juliofonseca@netcabo.pt



Associação
Portuguesa
de Urologia

Rua Nova do Almada, 95 - 3º A - 1200-288 LISBOA - Portugal
Tel. (351) 213 243 590 - Fax (351) 213 243 599
E-mail: apurologia@mail.telepac.pt - Internet: www.apurologia.pt

Urologia em Medicina Familiar
HBP - Sintomas e impacto na qualidade de vida
Data: Julho 2010
Produção: Associação Portuguesa de Urologia

Conselho Directivo

Presidente: Tomé Lopes

Vice-Presidente: Arnaldo Figueiredo

Secretário Geral: Abranches Monteiro

Tesoureiro: Carlos Silva

Vogais: Miguel Ramos; Paulo Temido; João Varregoso

Patrocínio:



Uma Publicação da:



Com o Patrocínio de:

